

препараты (сиропа солодки, чабреца, туссин, сироп Доктор Мом), местные антисептики (тонзилгон, лорсепт, септолете) и капли в нос (нафазолин, ксилометазолин). Рекомендации обратиться к врачу, при симптомах ОРИ в 2003 и 2007 году были получены только в 13,45% случаев, а в 2013 году уже в 41,2%.

В то же время при обращении пациентов с жалобами на диарею антибактериальные препараты рекомендовались значительно чаще в 2013 г. (84,6%), чем в 2007 г. (59,3%). Изменилась и структура предлагаемых антибактериальных препаратов. В 2007 году наиболее часто рекомендовались: нифуроксазид (33,3%), левомицетин (27,5%), фуразолидон (27,5%). Реже выбор падал на тетрациклин (5,8%), ципрофлоксацин (3,9%), метронидазол (2,5%). В 2013 году предпочтение фармацевтических работников было отдано нифуроксазиду (78,8%), реже были рекомендованы ципрофлоксацин (12,1%), левомицетин (6,1%), тетрациклин (3,0%). Обратиться за медицинской помощью, было рекомендовано 20,1% пациентов в 2007 году и 30,8% в 2013. Половине пациентов были рекомендованы сорбенты (51,1% в 2007 г. и 48,7% в 2013 г.). Значительно чаще фармацевтические работники стали рекомендовать регидратационную терапию – 20,0% в 2007г. и 43,6% в 2013г. К сожалению, 13,9% пациентам, обратившимся в аптеки в 2007 г. и 17,9% пациентам в 2013 г. был рекомендован прием лоперамида, при этом посетителям аптеки не задавались дополнительные вопросы о наличии температуры, симптомов интоксикации и характере диареи.

**Выводы.** Проведенный анализ показал, что, несмотря на введение рецептурной продажи антибактериальных препаратов, ситуация с рекомендациями провизоров по лечению пациентов с симптомами острых респираторных и кишечных инфекций не улучшается. Принимая во внимание постоянно изменяющийся спектр возбудителей социально значимых инфекций, динамику их чувствительности к антибактериальным препаратам, повышение квалификации провизоров обязательно должно включать фармацевтическое консультирование пациентов при инфекционных заболеваниях с учетом современных данных. С 2019 года на кафедре инфекционных болезней открывается курс повышения квалификации для врачей-провизоров по вопросам фармацевтического консультирования пациентов с амбулаторными инфекционными заболеваниями.

#### **Литература:**

1. Антропова, Г.А. Фармацевтическое консультирование [Электронный ресурс] / Г.А. Антропова. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/farmatsevticheskoe-konsultirovanie-mnenie-potrebiteley-lekarstvennyh-sredstv-o-rol-i-aptek>
2. Уразманов, А.Р. Этико-правовые проблемы фармацевтической деятельности / А.Р. Уразманов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2008. – № 3. – С. 66–70.
3. Этиология респираторных вирусных инфекций нижних дыхательных путей у детей: современное состояние проблемы / А.В. Богданова [и др.] // Журн. инфектологии. – 2016. – Т. 8, № 2. – С. 5–9.

**УДК 616.995.132.6**

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИХИНЕЛЛЕЗА В ВИТЕБСКЕ И ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ**

***Бекиш Л.Э., Семенов В.М., Эйстад И.А.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Введение.** Трихинеллёз – пероральный природноочаговый биогельминтоз, вызываемый паразитированием трихинелл, личинки которых мигрируют в

поперечнополосатую мускулатуру и там инкапсулируются, вызывая ее повреждение (боли в мышцах), лихорадку и выраженную аллергизацию организма.

Известно более 100 видов млекопитающих, являющихся хозяевами трихинелл. Заражение происходит при поедании инвазированных животных или их трупов. В качестве хозяев выступают не только хищники и всеядные, но и отдельные виды травоядных животных, например лошади.

В 90 - х начале 2000- х годов причиной заболевания людей трихинеллезом служило преимущественно употребление в пищу мяса диких животных, что определялось высоким уровнем пораженности этим гельминтозом диких млекопитающих (до 25 % кабанов и до 70% бурых медведей). В последние годы резко увеличилось число заболеваний, связанных с употреблением в пищу мяса домашних свиней, которые часто не проходят ветеринарно-санитарного контроля.

Республика Беларусь является стабильным очагом трихинеллеза, где ежегодно выявляются случаи спорадического заболевания, либо эпидемиологические вспышки. Наиболее неблагоприятными по количеству заражений в период с 2010 г. по 2016 г. являются Гродненская и Витебская области, где сумма всех заболевших составляет порядка половины от всех заболевших в республике.

Для клинической картины трихинеллёза наиболее характерны следующие симптомы: лихорадка, боли в мышцах, отечный синдром, эозинофилия.

Лихорадка при трихинеллёзе чаще неправильного типа. При тяжелом течении лихорадка может достигать высоких цифр, сопровождаясь ознобом, и держаться в течение многих дней. В тоже время на лице появляется отёк. Чаще отёк появляется сначала на веках, в области надбровных дуг, на лице. При тяжёлых формах болезни отёк распространяется на шею, туловище, верхние конечности. Миалгии появляются параллельно развитию отёков и бывают очень интенсивными вплоть до развития контрактур. Чаще всего боли появляются в жевательных, диафрагмальных, икроножных мышцах. В покое боли отсутствуют и появляются при малейшем движении больного.

Диагностическую ценность представляет собой эозинофилия крови. Она появляется в инкубационный период и достигает максимума на 2 –4 неделе. При бессимптомном течении и лёгких формах болезни эозинофилия не превышает 20 –30%, в тяжелых случаях может достигать 60 –80%.

**Цель.** Установить клинико-эпидемиологические особенности трихинеллеза в современных условиях в Витебске и Витебской области.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ клинического течения заболевания у 62 пациентов с диагнозом трихинеллез, госпитализированных в УЗ «ВОКИБ» с 2006 по 2016 гг.

**Результаты.** Как показал ретроспективный анализ, заболеваемость трихинеллезом в Витебске и Витебской области за последнее десятилетие колебалась в пределах от 0,3 до 3,3 на 100 тыс. населения, подъемы заболеваемости отмечены в 2002 г., 2004 г., 2009 г., 2011 и 2013 гг.

Среди госпитализированных больных в УЗ «ВОКИБ» 51 (82,3%) пациент был направлен из районных центров и только 11(17,7%) – жители города Витебска. При этом пациенты (50%) связывали заболевание с употреблением мяса дикого кабана и 50% - употребляли домашнюю свинину. По статистическим данным – с 2006 по 2011гг. это соотношение было 73% (мясо дикого кабана) и 27% (домашняя свинина). С 2012 по 2016 соответственно – 28% и 72%. В большинстве случаев 80,6% трихинеллез протекал в среднетяжелой форме, у 14,6% больных наблюдалась тяжелая форма заболевания и только 4,8% пациентов имели легкую форму.

Лихорадка наблюдалась у всех пациентов (100%), причем у 93% лихорадка составляла 38,5 градусов и выше. Средняя длительность периода повышения температуры

составила  $8,6 \pm 0,9$  дня. Пастозность лица наблюдалась у 58 (93,5%) пациентов, при этом у 75% больных она появлялась в первые дни заболевания и только у 25% пациентов регистрировалась на 3-4 сутки заболевания. У большинства пациентов (60%) отек лица сохранялся в течение 6 дней, у 26,7% больных - 1-2 недели, у 13,3% пациентов - более 2 недель. На боль в мышцах жаловались 56 (90,3%) пациентов, при этом у большинства больных отмечались боли в икроножных мышцах (78%), реже в мышцах диафрагмы (боль при дыхании) - (35%) и жевательных мышцах (8%), 42% пациентов отмечали боли в нескольких группах мышц. Сыпь наблюдалась у 48 (77,4%) пациентов, при этом у 71,4% она появлялась в первые дни заболевания и у 28,6% пациентов – на 3-4 день заболевания. У большинства пациентов (75,0%) сыпь сохранялась в течение 4-7 дней, у 16,7% больных - в течение 1-3 дней и у 8,3% пациентов - более 1 недели.

Эозинофилия отмечалась у всех пациентов, причем у большинства больных – 54 пациента (87%) уровень эозинофилов не превышал 30%, а у 8 (13%) пациентов уровень составил 30-80%. Диарейный синдром зарегистрирован у 12 (19,3%) пациентов. Средняя длительность диареи составляла  $6,1 \pm 1,7$  дня. Осложнение в виде миокардита отмечено у одного пациента.

**Выводы.** Трихинеллез равномерно распространен на всей территории Витебской области, при этом характерно более высокие уровни заболеваемости по сравнению с общереспубликанскими. В Витебске и Витебской области трихинеллез регистрируется в большинстве случаев в виде групповых вспышек и спорадической заболеваемости. Источником инвазии служит мясо дикого кабана и домашних свиней, причем с 2006 по 2011 гг. доминирующим источником служили дикие животные, а в период с 2012 по 2016 гг. лидируют домашние свиньи. Это, по видимому связано с усилением контроля по убою диких животных и усилению ветеринарно – санитарного контроля. Жители районов Витебской области, по - видимому, игнорируют ветеринарно – санитарный контроль мяса домашней живности. В современных условиях трихинеллез характеризуется типичной клинической картиной с острым началом заболевания, сопутствующей лихорадкой, отеками лица, миалгиями, сыпью на ранних стадиях заболевания. Это все сопровождается высокой эозинофилией крови на фоне лейкоцитоза.

#### **Литература:**

1. Гельминтозы, протозоозы, трансмиссивные зоонозные и заразные кожные и венерические заболевания в РБ // Ежегодный информ. бюл. / сост.: А.Л. Веденьков [и др.] ; М-во здравоох. РБ РЦГИ Э. – Минск, 2001 – 2008.
2. Гельминтозы, протозоозы, трансмиссивные зоонозные и заразные кожные и венерические заболевания в РБ. Ежегодный информационный бюллетень / под общ. ред. В.В. Гриня / М-во здравоох. РБ РЦГИ Э. – Минск, 2009 – 2012.
3. Пристром, И.Ю. Трихинеллез в Республике Беларусь / И.Ю. Пристром // Актуальные проблемы современной медицины и фармации : материалы 70 Междунар. науч.-практ. конф. студентов и молодых учёных. – 2016.
4. Bruschi, F Trichinellosis in developing countries: is it neglected? / F.Bruschi // J Infect Dev Ctries. – 2012. – Vol. 12, № 3. – P. 216–22.
5. Increased Prevalence of *Trichinella* spp., Northeastern Germany, 2008 / G. Pannwitz [et al.] // Emerg Infect Dis. – 2010. – Vol. 16, № 6. – P. 936–942.